Derleme Makale



Hegemonya, Politika ve Sağlık: Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılında Tarihsel Bir Yeniden Okuma

Hegemony, Politics, and Health: A Historical Re-Evaluation on the 40th Anniversary of the Ottawa Charter

Işıl Ergin[1]

1. *Prof. Dr., Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye*

Öz

Bu çalışma, Ottawa Bildirgesinin ilanının 40. yılında halk sağlığı politikasının geçirdiği tarihsel ve yapısal dönüşümleri sosyolojik, politik-ekonomik ve tematik boyutlarıyla ele almaktadır. Bildirgenin sağlığı toplumsal, politik ve ekolojik bağlamına oturtan radikal vizyonunun, aradan geçen sürede küresel kapitalizmin derinleşmesi ve neoliberal politikalar nedeniyle nasıl aşındırıldığı incelenmiştir. Özellikle devletin sağlık hizmetlerindeki kamucu ve düzenleyici rollerinin zayıflatılması, sağlığa erişimin metalaştırılması ve sorumluluğun bireylere yıkılması gibi süreçler eleştirel bir perspektifle masaya yatırılmıştır. Çalışma; iklim krizleri, küresel eşitsizlikler ve sağlığın ticari belirleyicileri gibi güncel çoklu krizler çağında, Ottawa'nın kurucu ruhunu hatırlamanın ötesinde, sağlığı piyasa tahakkümünden kurtaracak kamucu ve ekososyal yeni bir paradigmanın acilen inşa edilmesi gerekliliğini savunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Ottawa Bildirgesi; sağlığın geliştirilmesi; halk sağlığı

Abstract

This study examines the historical and structural transformations of public health policy through sociological, political-economic and thematic dimensions on the 40th anniversary of the Ottawa Charter. It analyzes how the Charter's radical vision-which situated health within its social, political, and ecological contexts-has been eroded over time due to deepening global capitalism and neoliberal policies. Specifically, processes such as the systematic weakening of the state's public and regulatory roles in healthcare, the commodification of health services and the shifting of responsibility onto individuals are critically evaluated. The study argues that in an era of contemporary polycrises, such as climate crises, global inequalities, and commercial determinants of health, remembering Ottawa's founding spirit is not enough; rather, it necessitates the urgent construction of a new public and eco-social paradigm that liberates health from market dominance.

Keywords: Ottawa Charter, health promotion, public health

Geliş Tarihi / Received: 31.10.2026 **Kabul Tarihi / Accepted:** 20.11.2026 **Yayın Tarihi / Published:** 26.11.2026

Sorumlu Yazar / Correspondence: Işıl Ergin **E-posta:** isil.ergin@ege.edu.tr

Sorumlu Editör / Handling Editor: Nuray Özgülnar

Atıf için / Suggested Citation: Ergin, I. (2026). Hegemonya, Politika ve Sağlık: Ottawa Bildirgesi'nin 40. Yılında Tarihsel Bir Yeniden Okuma. *Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (SoSa), Sonbahar(20),* 16-34

Giriş

17–21 Kasım 1986'da Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenen ilk Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı, "*Yeni bir halk sağlığına doğru hareket*" alt başlığı ile toplanarak Ottawa Bildirgesini ortaya koydu (Thomas vd., 2025). Bildirge "*dünya genelinde yeni bir halk sağlığı hareketine yönelik artan beklentilere bir yanıt*" idi ve "Herkes için Sağlık" hedefine ulaşılmasına yönelik ilke ve stratejileri içermekteydi (World Health Organization [WHO], 1986). Sağlığı geliştirmeyi bir halk sağlığı uygulama alanı olarak tanımlamaktaydı (WHO, 2005) ve sonraki yıllarda bu belgeden "sağlığı geliştirme çalışanları için bir mantra" (Baum & Sanders, 1995) ve "yeni halk sağlığı kutsal kitabı" (Baum, 2008) olarak söz edilecekti.

Dönemin halk sağlıkçıları, tıbbi modele dayalı, ağırlıklı olarak bulaşıcı hastalıklara odaklanan, bireye ve davranış değişikliğine yoğunlaşan, sağlığı etkileyen çevresel, sosyal ve ekonomik zorluklar karşısında çekingen ve siyasi açıdan fazla etkisiz bir halk sağlığı modeline tepki gösteriyordu. Söz konusu Bildirge, bu "eski" halk sağlığı anlayışından radikal bir kopuşu amaçlıyordu; ancak aynı zamanda, halkın ve siyasetin içinde daha aktif rol alan ve sağlık sorunlarının kök nedenlerini ele almakta daha fazla kararlılık gösteren, 19. ve 20. yüzyılın başlarındaki çok daha eski bir halk sağlığı geleneğine de pek çok açıdan bir geri dönüş niteliği de taşıyordu. Snow, Chadwick, Richardson ve Howard gibi Viktorya dönemi halk sağlığı ve kent sağlığı öncüleri ya da Virchow gibi sosyal tıp duayenleri hâlâ birer kahramandı. Fikirleri 1970'lerde ve 1980'lerde yeniden keşfedilmeden 50 yılı aşkın bir süre önce sağlık, çevresel sürdürülebilirlik, sosyal belirleyiciler ve kent planlaması birbiriyle bütünleşik bir biçimde ele alınmıştı (Hancock, 2011).

Bildirgenin kısa ama yoğun içeriğe sahip sayfaları yeniden okuduğunda söz konusu metnin günümüzdeki çalışmalar açısından hâlâ canlandırıcı ve heyecan verici bir geçerliliğe sahip olduğu görülüyor; hatta belki de bu geçerlilik bugün daha da artmış durumda. Ancak son yıllarda hem kamuoyunda hem de siyasi alanda, tıbbi modele-yani yaşam tarzlarına, kişisel sorumluluğa ve bulaşıcı hastalıklara odaklanan yaklaşıma- geri dönme eğilimi ve sağlığa zarar veren siyasi ve toplumsal güçlerle yüzleşme konusunda isteksizlik ön planda. Geçen 40 yılda sağlığın geliştirilmesi alanında alınan yol ne yazık ki tatmin edici bir ilerlemeye işaret etmiyor ve bildirge ortaya koyduğu sorunları tam olarak ele almanın çok uzağında kalıyor (Breton, 2016; Hancock, 2011). Bunu anlamak için Ottawa'nın hangi koşullarda doğduğunu, nasıl bir paradigma değişimine işaret ettiğini, bu değişimi başarma çabasında nasıl bir ekonomi-politiğin kurbanı olduğunu veya neden pratikte beklenen radikal dönüşümü tam anlamıyla hayata geçiremediğini sorgulamak gerekiyor. Buradaki dinamikler bugün sağlığın ve sağlık hizmetlerinin sıkıştırıldığı dar çerçevenin mekanizmalarını deşifre etmek yanı sıra dünyadaki hegemonya savaşlarını anlamak açısından da iyi bir laboratuvar sunuyor.

Ottawa Bildirgesinin ortaya çıkış sürecini ve ilerleyişini ele alırken tarihsel perspektif içinde önce Soğuk Savaş yılları ele alınacaktır. Gelişmiş kapitalist ekonomilerin sağlık alanındaki idari ve mali krizlerine yanıt olarak doğan Lalonde Raporu incelenecek ve post-kolonyal ülkelerin, sosyalist bloğun ve küresel Güney'in adalet ve temel sağlık taleplerini deklare eden Alma-Ata Bildirgesi ele alınacaktır. Bu uzlaşmaz gibi görünen iki hattın, neoliberal rüzgarların artan basıncı altında yeni bir küresel senteze ve uzlaşı metnine Ottawa'da Kanada'nın ev sahipliğinde, Ottawa Bildirgesi olarak şekillenmesi



değerlendirilecektir. Geçen 40 yılda Ottawa'nın evrimi ve izlediği yol tartışılacaktır.

Ottawa Konferansı öncesinde dünyanın ekonomi-politik çehresi

Soğuk Savaş yılları (1948 sonrası)

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönem, Nazi Almanya'sına karşı kurulan müttefik ittifakının dağıldığı, nükleer gerilimlerin ve Berlin krizi gibi gelişmelerin ardından Soğuk Savaş'ın resmen başladığı bir konjonktüre sahne olur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), II. Dünya Savaşı sonrasında küresel sağlık standartlarını belirlemek ve uluslararası iş birliğini koordine etmek amacıyla 1948'de Birleşmiş Milletler (BM) 'in uzmanlık ajansı olarak kurulur, ancak kısa sürede Soğuk Savaş'ın ideolojik kamplaşmalarının ve blok çekişmelerinin merkezinde yer alır. Örgüt yönetiminin ve bütçe politikalarının Batı blokunun, özellikle de ABD'nin dış politika öncelikleri doğrultusunda şekillenmesi ve Doğu Avrupa'ya kaynak akışının engellenmesi, Sovyetler tarafından eleştirilir. Sovyetler Birliği'nin 1949'da başını çektiği protesto dalgasında Polonya, Çekoslovakya, Macaristan, Romanya, Bulgaristan ve Arnavutluk da benzer gerekçelerle DSÖ'den çekilip yeni bir sağlık ve iş birliği ağı kurarlar. Ancak 1956'da DSÖ'ne yeniden dönerek Batı'nın tek yönlü ve hastalık odaklı kampanyalarını eleştirmeye devam ederler. 1960'ların ortalarından itibaren dekolonizasyon sürecinin hızlanmasıyla birlikte küresel Güney ülkeleri de Batı neokolonyalizmine karşı ses yükseltmeye başlar. 1961 Dünya Sağlık Asamblesi (DSA)'nde bu dayanışma daha siyasi bir nitelik kazanır, Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB); Polonya ve Küba ile "Sömürge Ülkelere ve Halklara Bağımsızlık Tanınması ve DSÖ'nün Görevleri"ne ilişkin bir Bildiri önerisinde bulunur. DSÖ'nün "sağlık alanında sömürgeciliğin sonuçlarının ortadan kaldırılmasına yardımcı olması" görüşü tartışmalara yol açar; Birleşik Krallık delegesi, SSCB'nin sömürgelerdeki sağlık sorunlarının "sorumlusu olan etkenler" hakkında "yanlış varsayımlarda bulunmakla" ve "gerçekleri çarpıtmakla" suçlar. 1970 DSA'nde DSÖ'nün önemli işlevleri arasına, üye devletlerin kendi sağlık sistemlerini geliştirmelerine yardımcı olmanın en rasyonel ve etkili yollarının belirlenmesi eklenir. Ayrıca ulusal sağlık sistemlerinin kurulması ve geliştirilmesine yönelik en etkili ilkeler belirtilirken ücretsiz sağlık hizmetleri ve devletin hizmet sunumundaki rolü konularında tartışmalar yaşanır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin heyeti, hizmetin "ücretsiz" sunulması yerine "mali veya diğer engeller olmaksızın" sağlanmasını belirten bir ifade kullanılmasını savunur. ABD ayrıca, "tek bir ulusal plana dayalı ulusal sağlık hizmetleri sistemi" yerine "ülke çapında bir sağlık hizmetleri sistemi" önerilmesinde ısrarcı olur (Birn & Krementsov, 2018). Böylece DSÖ, kuruluşundan itibaren yalnızca teknik bir sağlık ajansı olarak kalmaz ve kutuplaşan dünyanın ideolojik çekişmelerinin, dekolonizasyon mücadelelerinin ve devletin sağlık hizmet sunumundaki rolüne dair çetin politik-ekonomik müzakerelerin merkez sahnelerinden biri olur.

1972'de, UNICEF/DSÖ iş birliğinde temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunumu üzerine bir çalışma başlatılır ve Yeni Zelandalı toplum sağlığı uzmanı Kenneth Newell bu işin başına getirilir. Kariyerinin erken dönemlerinde Rockefeller Vakfı ile çalışmış Brezilyalı hekim ve uzun süreli DSÖ Genel Direktörü Marcolino Candau'nun yerini, 1973'te yardımcısı Halfdan Mahler alır; Mahler, sağlıkta adalete ciddi biçimde bağlılık duyan Danimarkalı bir tüberküloz uzmanıdır. Mahler; DSÖ'nün

teknik temelli, hastalık odaklı kampanyalardan uzaklaşması ve Temel Sağlık Hizmetleri'(TSH)ne odaklanması gerektiğine inanmaktadır. Onun "Herkes için Sağlık" hedefinde, toplum katılımına odaklanan tabandan yukarıya yaklaşımlar, önleme-tedavi-sağlığı geliştirme süreçlerinin bütünleştirilmesi, sektörler arası iş birliği ve ulusal düzeyde kendine yetebilme vardır (Birn & Krementsov, 2018). Bu yeni ekibin adımları, DSÖ'nün toplumsal katılımı, eşitliği ve TSH'ni merkeze alan 'Herkes için Sağlık' vizyonuna geçişin dönüm noktası olur.

Bu tarihsel kavşakta Lalonde Raporu ve Alma Ata Bildirgesi gündeme gelir. Bu iki belge, çatışan ideolojik ve jeopolitik akımların çarpışma alanını tanımlar. Bir tarafta Lalonde'un sunduğu çerçeve gelişmiş Batı dünyasının idari ve mali dertlerini yansıtarak bireyselleştirilmiş bir sağlık rasyoneli inşa ederken; Alma-Ata Bildirgesi (1978), yeni post-kolonyal devletlerin, sosyalist bloğun ve dönemin ilerici halk sağlıkçılarının yoksulluk, eşitsizlik ve TSH hizmetleri merkezli taleplerini seslendirmektedir.

Sağlık ve sağlık hizmetlerine dair gelişmiş ülkelerde değişen gündem: Kanada örneği ve Lalonde raporu (1974)

Dönemin Kanada Sağlık Bakanı Marc Lalonde'un adıyla anılan "*Kanadalıların Sağlığına Yeni Bir Bakış*" raporu 1974'te yayınlanır (Lalonde, 1974). Lalonde Raporu; hastalık ve engelliliğin sosyal belirleyicilerine odaklanır, sağlığı geliştirme alanında yeni bir dönemi başlatır ve oldukça etkili olur. Ancak, bireysel sorumluluğa yaptığı vurgusu, sağlık eşitsizliklerine yol açan yapısal ve çevresel etkenleri göz ardı eden neoliberal bir gündeme işaret etmesi ve "önemli bir hükümet politika belgesinin hazırlanması sürecinde izlenen kapsamlı dış ve iç istişare prosedürleri" olmaksızın kaleme alınması nedeniyle epey eleştirilir. (Foth & Holmes, 2018; Wright, 2025)

1970'lerde Kanada, önemli bir epidemiyolojik dönüşüme tanık olur. İki nesil önce bebek ve çocuk ölümleri ile boğuşan Montreal ve Toronto hijyen reformları, okul çocuklarının beslenmesi, sütün pastörize edilmesi, zorunlu aşı uygulamaları, yaşam standartlarındaki genel artış ve ilk nesil antibiyotikler ile ölümlerde ciddi bir azalma sağlamıştır. 1960 ve 1970'lerde birçok sanayileşmiş ülkede çiçek hastalığı, kızamık, difteri ve çocuk felci kaynaklı bebek ve çocuk ölümleri giderek azalmıştır. Artık, "dejeneratif ve insan kaynaklı hastalıklar" dönemi başlamıştır. Tıbbi bakım ve sağlık harcamaları; yetişkinleri etkileyen bu kronik hastalıklara yönelmeye başlar. Bu bağlamda, çoğu sanayileşmiş ülkede devlet tarafından yönetilen ve finanse edilen hastalık sigortası sistemi ve tıbbi hizmetler hedefe oturmaya başlar. Sağlık maliyetlerini artıran bu hastalıklar "yaşam tarzı" veya "refah hastalıkları"dır. Sigara kullanımı, alkol ve yasa dışı madde kullanımı, trafik kazaları ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar bu perpektif ile ele alınır. Hareketsiz yaşam tarzı; ofis çalışmaları ve evde televizyon izleme kültürünün yaygınlaşmasıyla ve "fast food" gıdalara olan bağımlılığın artmasıyla ilişkilendirilir (Wright, 2025).

Bu süreçte, Kanada'da ve sanayileşmiş dünyanın geri kalanında devlet destekli hastane ve tıbbi hizmetler yaygınlaşmaktadır. Kanada'daki refah devleti, gayri safi yurt içi hasılanın 1945-1973 arasında iki katına çıkmasını sağlamış, işsizlik ve enflasyon düşük düzeylerde kalmıştır. Aile yardımları, yükseköğretim, işsizlik sigortası ve yaşlılık aylıklarına ciddi yatırımlar yapılmıştır. Kanada'da hastanelerin yönetimi ve belediye düzeyindeki halk sağlığı girişimleri eyaletlerin sorumluluğundadır. Federal hükümet tıbbi hizmetlerle ilgili daha sınırlı bir sorumluluğa sahiptir. Ancak süreçte federal hükümetin gelirleri



artarken eyalet bütçeleri daralmış ve hastanelerdeki tanı ve tedavi hizmetleri eyaletler için ağır gelmeye başlamıştır. Merkezden geçici destekler, federal hibeler veya geri ödeme mekanizmaları başlatılır. Dönemin liberal hükümeti yeni bir bayrak ve yeni bir ulusal marşla birlikte "özel hekimlik uygulaması" ve "kamu tarafından ödeme" şeklindeki iki temel ilkeye dayanan Medicare'i benimser ve uygulama 1968 ile 1973 arasındaki beş yıllık bir süreye yayılır. Ancak eyalet sağlık bakanları, Medicare'in uzun vadede ekonomik açıdan sürdürülebilir olup olmayacağı konusunda endişelidir. Tüm bu endişelerin üzerine 1973'te başlayan Arap-İsrail Savaşı ile OPEC petrol üreticisi ülkelerin petrol ambargosu, Kuzey Amerika ekonomisini yüksek enflasyon, düşük ekonomik büyüme ve ciddi bütçe açıklarıyla on yıl sürecek bir krize sürükler. Uzak Doğu ülkelerinden artan rekabet Kanada'nın geleneksel imalat sektörünü zayıflatır. Kanada'daki savaş sonrası Refah dönemi sona ermiştir (Wright, 2025).

Lalonde Raporu, 1970'lerin bu istikrarsız ekonomik ortamı gerekçe gösterilerek sağlık hizmetlerinde yeni bir finansman aklına ihtiyaç olduğu gerekçesi ile 1974'te yayımlanır. Rapor yalnızca vatandaşları sağlıklarına ilişkin kişisel sorumluluk taşıyan özerk ve rasyonel aktörler olarak gören (neo)liberal görüşü yaymakla kalmaz; aynı zamanda Medicare'in dönüşümünde bir ilk adım oluşturur ve sağlığı geliştirme meselesinin çok ötesine geçer. "Kaderin yerini risk alır". Dahası, bu raporun hazırlanmasındaki temel etkenlerden biri, sağlık sisteminin aşırı maliyetli ve etkisiz olduğu düşüncesidir. Dolayısıyla rapor, bir kemer sıkma programını meşrulaştırmak amacıyla da kullanılır. Kanada'daki Medicare sistemi, vatandaşların sosyo-ekonomik durumlarından bağımsız olarak sağlık hizmetlerine eşit erişimini öngören evrensellik ilkesine dayanır ancak rapor sağlık hizmetlerinin neoliberal dönüşümü için zemin hazırlar. Sağlık sistemini dönüştürmekle kalmaz, sağlıkla ilgili konulardaki davranışlarımıza dair düşünce yapımızı da kökten değiştirir (Foth & Holmes, 2018).

Raporun geliştirilme sürecine bakılacak olursa; Marc Lalonde, 1972'de Sağlık Bakanlığı yönetimini devralmasını takiben "Uzun Vadeli Sağlık Planlama Birimi"ni kurar ve 1973'te "Sağlık Araştırmaları Öncelikleri Üzerine Ulusal Sempozyum"u koordine eder. Rapor burada şekillenir. Çok sayıda politika önerisi içeren bu teknokratik belge, 1970'lerin başında büyük ses getiren İngiliz tıp profesörü ve demograf Thomas McKeown'un şu tezi ile başlar: *Geçtiğimiz yüzyılda kaydedilen büyük sağlık ilerlemelerinin teknolojik ve kurumsal tıpla nispeten az bir ilgisi vardır; bu ilerlemeler daha ziyade, yükselen yaşam standartları ile artan toplumsal refahın mümkün kıldığı halk sağlığı müdahalelerine atfedilebilir"* (Wright, 2025). Rapor

> *"sağlık hizmetlerine ilişkin geleneksel görüşün bir sonucu olarak, tıbbi bakım, hastane bakımı, laboratuvar testleri ve reçeteli ilaçlar dahil olmak üzere sağlığa yönelik doğrudan harcamaların büyük kısmı hekim odaklıdır. [...] ağırlıklı olarak mevcut hastalıkların tedavisine yönelmiş bir kişisel sağlık hizmetleri sistemine yılda yedi milyar dolara yakın harcama yapıldığı görülmektedir"* (Lalonde, 1974)

diye belirtir ve tedavi edici hizmetlerin yüksek maliyetli ve toplumsal sağlık çıktıları açısından maliyet etkin olmadığına dair düşünceyi kanıtlarla destekler.

Rapora göre; çocukluk çağı dışındaki ölümlere ve özellikle genç yetişkinlerdeki "kaybedilen üretken yıllar"a odaklanılmalıdır. *"Kanada'nın ciddi boyutta bir erkek ölüm oranı sorunuyla karşı karşıya olduğu*

şüphesizdir" (Lalonde, 1974). Kadınların veya yerli halkların sağlık sorunlarından hiç bahsedilmez. Raporun sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine ilişkin kısmı asıl amacını açıkça ortaya koyar: Finansal teşvikler yoluyla serbest piyasa ilkelerinin devreye sokulması, sorumluluğun sağlık ve sosyal sistemden bireysel vatandaşlara kaydırılması, bölgeselleştirme yoluyla "büyük devlet" yapısının küçültülmesi, sağlık hizmeti sunum maliyetlerini düşürmek için ekonomik teşviklerin kullanılması ve Medicare sistemini dönüştürmek. Raporda tespit edilen "sorunlar" ve önerilen çözüm yolları böylece neoliberal senaryoyu izler (Foth & Holmes, 2018).

Lalonde raporunu takibeden yıllara bakıldığında, raporun önerilerinden yola çıkılarak çok az sayıda federal yasa hayata geçirilmiş, hükümet vatandaşlarını sağlığı geliştirici faaliyetlere yönlendirme çabasında da zayıf kalmıştır. Ancak 1970'lerde Kanada, küresel halk sağlığı politikalarına yön veren bir role sahiptir ve bu olağanüstü etkinin arkasında, ülkenin çok taraflı örgütlerdeki "orta güç" rolü, savaş sonrası kurulan güçlü halk sağlığı altyapısı, DSÖ'deki kurucu varlığı ve yurtdışından gelen nitelikli sağlık profesyonelleri göçüyle genişleyen uluslararası ağı vardır. Bu önemli uluslararası rol, raporun pek çok başka rapora, özellikle İngiltere ve ABD'de esin kaynağı olmasının önünü açar. Britanya'nın 1976'daki "*Önleme ve Sağlık: Herkesin İşi (Prevention and Health: Everybody's Business)*" adlı kamu politikası belgesi ve ABD Halk Sağlığı Servisi Başkanı'nın 1979'daki *"Sağlıklı İnsanlar (Healthy People)*" başlıklı belgesi bunlara örnektir (Wright, 2025). Lalonde Raporu, kısa sürede yalnızca Kanada'da kalmayarak ABD ve İngiltere başta olmak üzere pek çok Batı ülkesinin sağlık politikalarına yön veren küresel ölçekte prestijli bir referans haline gelir. ABD'de Reagan yönetimi, önleyici sağlık programları ve diğer toplum hizmetleri için eyaletlere sağlanan federal yardımları sistematik bir şekilde %35 oranında azaltır ve sağlık hizmetlerinde ilave kesintilere gider. Thatcher yönetimi Ulusal Sağlık Hizmetini(NHS) zayıflatır. Daha da önemlisi, bu rapor neoliberal bir toplumda sağlık hizmetleri ve refaha ilişkin bakış açısının köklü bir şekilde değişmesine katkıda bulunur. Bir refah devletinde sağlık, kolektif bir sorumluluk ve bir hak olarak görülür; sağlık hizmetlerinin sunumu ticari bir faaliyet değil, bir hizmet olarak kabul edilir. Lalonde Raporu, bu anlayışı radikal bir biçimde sona erdirir. Tüketici egemenliği fikrine dayanan değerler çerçevesi, sağlık hizmetlerinin üretimi ve kullanımının, bireysel tercih ve seçimler doğrultusunda şekillenmesi gerektiğini savunur. Kaynakların dağılımı bir sosyal politika meselesi değil, bireylerin tüketim tercihleriyle bağlantılı bir konudur. Bununla birlikte rapor, yalnızca kesintiler için bir gerekçe sunmakla kalmamış, aynı zamanda federal hükümetin rolünü de değiştirerek onu hastalıkların ekonomik sonuçlarına karşı koruma veya ülke genelinde sağlık hizmeti standartlarını güvence altına alma sorumluluğundan muaf tutmuştur (Foth & Holmes, 2018).

Lalonde Raporu bireyci ve teknokratiktir. Sağlık sorunlarının kaynağını ve çözümünü toplumsal yapılardan, sınıfsal eşitsizliklerden veya ekonomik sistemden arındırıp büyük ölçüde bireyin kendi tercihlerine ve yaşam tarzına (ne yediği, sigara içip içmediği, egzersiz yapıp yapmadığı vb.) bağlar. Sorun çözülemediğinde sorumluluk devlette veya sistemde değil, "sağlıksız seçimler yapan bireyde" kalır. Sağlığı politik veya yapısal bir adalet meselesi olarak değil, uzmanların, bürokratların ve teknisyenlerin yönetebileceği idari, istatistiksel ve tıbbi bir mühendislik alanı gibi ele alır. Sistemin değiştirilmesini değil, mevcut mekanizmaların daha verimli işletilmesini savunur. Bu yönüyle rapor, sosyalist blokun ve G-77 ülkelerinin işaret ettiği küresel emperyalizm, sömürü ve yapısal eşitsizlik gibi yakıcı politik gerçekleri göz ardı ederek, meseleyi idari ve bireysel bir kontrole indirger (Wright, 2025).



Lalonde Raporu, kamu kaynaklarını üçüncü basamak hastane hizmetlerinden uzaklaştırmayı başaramamıştır. Aradan geçen 50 yılda, Kanada'nın gayri safi yurt içi hasılası içerisinde sağlık harcamalarının 1974'teki %7 payı günümüzde %12,4'e tırmanmıştır. 1990'lardaki hastane yeniden yapılandırma hamleleri ve verimlilik arayışları bu ağırlığı kırmaya yetmemiş; sağlık geliştirme çalışmalarına hâlâ çok az pay ayrılmıştır. Ancak Lalonde Raporu'nun yarattığı asıl dönüşüm, harcamaların hacminden ziyade karakterinde ve ideolojik zemininde gerçekleşmiştir. Masrafların artışını frenleyemeyen bu yaklaşım, sorumluluğu kamusal ve yapısal alandan çekip alarak bireylerin omuzlarına yıkan, sağlığı bireysel tercihlere indirgeyen yeni bir paradigma inşa etmiştir. Rapor, yükselen maliyet krizlerini yönetmek adına bireyleri kendi sağlıklarından sorumlu "girişimci özneler" olarak ilan ederken, devletin ve piyasanın yapısal sorumluluklarını perdeleyen bir maske işlevi görmüştür (Wright, 2025).

Doğu Bloku'nun ve gelişmekte olan ülkelerin sağlığı sosyo-ekonomik bağlamı ve devlet sorumluluğu üzerinden okuyan yaklaşımına karşı, Batı dünyasının sağlığı "bireysel yaşam tarzı seçimlerine" ve "çevresel risklere" indirgeyerek, sistemi revize etme ihtiyacı (Wright, 2025) Alma Ata ile karşılaştırıldığında daha görünür hale gelir.

Alma Ata Bildirgesi (1978)

6-12 Eylül 1978'de SSCB'de Kazakistan'ın başkenti Alma Ata'da DSÖ ve UNICEF iş birliğinde Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı gerçekleştirilir. 134 ülke ve 67 STK'dan 3000 delegenin yoğun katılımıyla gerçekleşen toplantı DSÖ'nün uzun süredir benimsediği, teknik odaklı ve yukarıdan aşağıya işleyen, hastalıkları ortadan kaldırma yaklaşımından bir kopuşa işaret etmektedir. Sağlığa toplum temelli ve sosyal adalet odaklı bir bakış vurgulanmaktadır. Toplantının amacı, "kapsayıcı ulusal sağlık sistemleri ve kalkınma çerçevesinde" TSH uygulamalarına ilişkin "deneyim alışverişinde bulunmak" ve TSH'nin hükümetler ile uluslararası kuruluşlarca benimsenmesini "daha da teşvik etmek"tir. Yaklaşımın temelinde; evrensel erişilebilirlik, hakkaniyet, önleme ve tedavinin bütünleştirilmesi, toplum sağlığı konusunda hükümetin sorumluluğu ve toplum katılımı fikirleri yer alır. Toplantı, 22 tavsiye ve beraberindeki Alma-Ata Bildirgesi'nin kabul edilmesiyle sona erer ve 2000 yılına kadar "Herkes için Sağlık" çağrısında bulunur. Sağlığın temel bir insan hakkı ve önemli bir küresel sosyal hedef olduğu ilkeleri somutlaştırılır ve TSH şu şekilde tanımlanır:

> "*Pratik, bilimsel olarak sağlam ve sosyal olarak kabul edilebilir yöntemlere ve teknolojiye dayalı TSH; bireylere ve ailelere, topluluk içinde tam katılımları yoluyla ve topluluğun ve ülkenin karşılayabileceği bir maliyetle evrensel olarak erişilebilir kılınmış; özyeterlilik ve kendi kaderini tayin etme ruhuyla bireyin tüm gelişim aşamalarında yürütülür.*"

Olayın bir diğer önemli yönü ise, bildirgenin, adaletsiz bir küresel düzenden kaynaklanan ülkeler arasındaki ve içindeki sağlık durumundaki "büyük eşitsizliği" "siyasi, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez" olarak kınamasıdır (Birn & Krementsov, 2018). Bir diğer taraftan sömürgecilikten kurtulma sürecindeki bir Afrika'nın varlığı ve küresel anti-emperyalist ve sol hareketin etkisi gibi yeni bir siyasi bağlamda ortaya çıkan, hem zengin hem de yoksul ülkelerden oldukça geniş bir katılımın Alma Ata'da bu gündemi belirlediği söylenebilir (Cueto, 2004; Venediktov, 1998).

SSCB, toplantıdaki görüşmelerin yalnızca bir arka planını oluşturmaz: Sovyet yetkilileri, DSÖ'yü bir konferans düzenlemeye teşvik eder ve konferansa ev sahipliği yapıp başkanlık eder. Konferansın ortasına denk gelen hafta sonunda Sovyet ev sahipleri katılımcıları; daha önce "az gelişmiş" olan bölgelerde kaydedilen ilerlemelere bizzat tanıklık etmeleri amacıyla Alma-Ata bölgesinin yanı sıra komşu Özbekistan ve Kırgızistan'daki sağlık tesislerini ziyarete götürür; böylece SSCB kendi sosyalist sağlık sistemini, Sovyet kriterlerine göre tanımlanan TSH başarı örneği olarak sergiler (Birn & Krementsov, 2018).

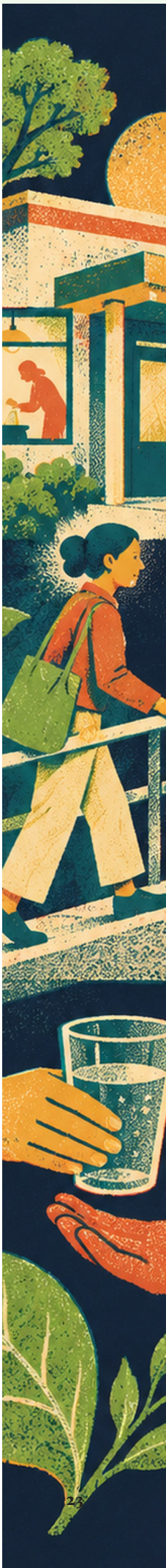
Konferans ve bildiri, TSH yaklaşımına ve bu yaklaşımın herhangi bir sağlık sistemindeki merkezi konumuna büyük bir görünürlük kazandırır Etkinlik, üye ülkelerde sağlık politikasını yeniden şekillendirme ve DSÖ'nün kendi gündemini yeniden yönlendirme çabalarına ivme kazandırır. 1979'da, DSÖ'nün karar organı olan DSA bildiriyi onaylar; iki yıl sonra ise BM Genel Kurulu, tüm üye ülkeleri DSÖ koordinasyonunda "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık Küresel Stratejisi"ni uygulamaya çağıran özel bir karar tasarısını kabul eder (Birn & Krementsov, 2018).

Bu hedeflere tam olarak ulaşılamamış olsa da Alma-Ata toplantısı ve TSH bildirisi, uluslararası sağlık camiasında her daim geçerliliğini koruyan bir ortak çağrı ve ilham kaynağı olur. Nitekim, 40 yıl sonra Alma-Ata'nın sembolik önemi varlığını sürdürmektedir. Dünya genelinde tekrar eden ekonomik ve siyasi krizlerin yanı sıra DSÖ'nün liderliğine yönelik eleştirilerin yaşandığı bir ortamda; Alma-Ata bildirisi sağlık ve sağlık hizmetlerine yönelik sosyal adaletçi bir yaklaşıma doğru hem ilham hem de yol gösterici normlar bütünü sunmaya devam etmektedir (Birn & Krementsov, 2018).

1980'lerin başlarında "Sağlığı geliştirme" terimi, "sağlık eğitimi" ve "hastalıkların önlenmesi" alanlarındaki oldukça geleneksel yaklaşımlardan memnun olmayan yeni bir halk sağlığı aktivist grubu tarafından giderek daha sık kullanılmaya başlanır. Bu terim; olumlu, yaratıcı ve sonuç odaklı bir yaklaşımı ifade eder. Ancak bazı bağlamlarda ve dillerde "geliştirme" (promotion) terimi, "iyileştirme" ve "güçlendirme"den ziyade "pazarlama" ve "satış" ile eşanlamlı olarak algılanır. Bu durum, DSÖ'yü konuya açıklık getirmek ve bir yön belirlemek amacıyla 1984'ün sonlarında Kopenhag'da özel bir toplantı düzenlemeye sevk eder; söz konusu toplantı, sağlığı geliştirme konusundaki ilk kapsamlı belgenin hazırlanmasını sağlar. Health Promotion International dergisi, yayın hayatına başladığı 1986'daki ilk sayısında "Sağlığı Geliştirmenin Kavram ve İlkeleri" başlıklı yazıyı yayınlar ve bu yazı Ottawa Konferansı ve Ottawa Bildirgesi için bir sıçrama tahtası görevi görür (Catford, 2007). Süreç; Alma-Ata TSH Bildirgesi, DSÖ'nün "Herkes İçin Sağlık" Hedefleri belgesi ve DSA'da sağlık alanında sektörler arası eylem konusunda yürütülen tartışmalarla sağlanan ilerlemeler temel alınarak şekillenir (WHO, 1986).

Gelişmiş kapitalist ekonomilerin sağlık alanındaki idari ve mali krizlerine yanıt olarak doğan Lalonde Raporu ile post-kolonyal ülkelerin, sosyalist bloğun ve küresel Güney'in adalet ve temel sağlık taleplerini deklare eden Alma-Ata Bildirgesi, 1980'lerin eşiğinde iki ayrı küresel gerçekliği karşı karşıya getirdi. Bir tarafta artan maliyetleri bireysel sorumluluk ve piyasa rasyoneliyle zapt etmeye çalışan Batı merkezli teknokratik akıl; diğer tarafta ise sağlığı küresel bir sosyal adalet ve insan hakkı olarak tanımlayan yeni halk sağlığı vizyonu yer aldı.

Ottawa, Alma-Ata'nın o kitlesel, radikal ve kamucu coşkusuna kıyasla çok daha sınırlı, dar ve tek-



nokratik bir zeminde gerçekleşti. Alma-Ata 134 ülke ve binlerce delegenin katıldığı devasa bir küresel iddiayken, Ottawa çok daha dar bir katılımla, gelişmiş dünyanın kontrollü masasında şekillendi.

Ottawa Bildirgesi süreci

Bildirgenin arkasındaki halk sağlığı savunucuları ve DSÖ'nün o dönemki vizyoner kanadı aslında sağlığın sosyal belirleyicilerinin ne kadar hayati olduğunu çok iyi biliyorlardı. Ancak sorun, bu teorik sağlamlığın karşısına dikilen devasa siyasi ve ekonomik hegemonyaydı. 1980'lerin ortalarından itibaren küresel ölçekte tırmanışa geçen neoliberal dalga, devleti sosyal sorumluluklarından arındırırken, sağlığı bir insan hakkı olmaktan çıkarıp piyasanın ve bireysel tüketimin nesnesi haline getiriyordu. Ottawa, tam da küresel sermaye ve sağlık politikaları ekseninin bu piyasacı hatta kaydığı 1986 yılında kaleme alındı.

Ottawa Bildirgesi; temel kavramlara açıklık getirerek, sağlık için gerekli koşul ve kaynakları vurgulayarak ve DSÖ'nün "Herkes İçin Sağlık" politikasını hayata geçirmeye yönelik temel eylem ve stratejileri belirleyerek, sağlığı geliştirme vizyonunu meşrulaştırmayı amaçlıyordu. Bildirge; barış, istikrarlı bir ekosistem, sosyal adalet ve hakkaniyet gibi unsurların yanı sıra eğitim, gıda ve gelir gibi kaynakları da sağlığın ön koşulları arasında tanımladı. Daha iyi bir sağlık düzeyi için seçenekler ve fırsatlar yaratılmasında; bireysel davranış ve kapasitelerin yanı sıra kurumların, sistemlerin ve toplulukların oynadığı role de dikkat çekti (Catford, 2007). Bildirge, sağlık okuryazarlığını bireyi suçlayan teknik bir beceriye indirgemeden bilginin ancak destekleyici çevreler, adil kamu politikaları ve toplumsal eylemlerle bütünleştiğinde gerçek anlamını bulacağını vurgulamaktaydı.

Bildirgenin geliştirilme sürecinin yukarıdan aşağıya işlemesi ve DSÖ'nün süreçteki baskın rolü ve neredeyse tamamen sanayileşmiş ülkelere odaklanması oldukça eleştirilmiştir. Bildirgede "*tartışmalar sanayileşmiş ülkelerin ihtiyaçlarına odaklansa da, diğer tüm bölgelerdeki benzer kaygıları da dikkate aldı*" ifadesi yer alır (WHO, 1986). Batı'daki karşılanmamış ihtiyaçlara odaklı bu gündem, Alma Atadaki küresel vizyonu ileri taşıma ve küresel diyaloğu başlatma iddiasını baştan olumsuz etkilemiştir. Bildirgenin yerleşik küresel eşitsizlik düzenini yansıttığı düşünülmüş, bu tür bir ayrıcalık tanıma durumu, kısmen Konferans'ın hiyerarşik işleyişiyle de kolaylaşmıştır. Örneğin, Bildirge metni son güne kadar Konferans katılımcılarına sunulmamıştır. Delegelere, taslak hakkında görüş bildirmeleri için son gün öğle yemeği sırasında zaman tanınmış; bazı katılımcılar ise bu son derece kısıtlı iş birliği sürecine yönelik "yoğun hoşnutsuzluklarını" dile getirmişlerdir. Dahası, Ottawa Konferansı'na katılım yalnızca davet usulüyle gerçekleşmiştir. DSÖ öncülüğündeki uluslararası bir hareketin geliştirilme aşamasında ve Alma Ata Bildirgesi'nin hemen ardından, sağlık eşitsizliğini gidermeye yönelik bir hareket oluşturulurken, büyük ölçüde varlıklı uluslardan oluşan 38 üyeli ve ayrıcalıklı bir 'kulüp' yapısının şekillendirilmiş olması rahatsızlık yaratmıştır. Yerli temsili açısından bakıldığında yalnızca iki kişinin bulunduğu, sömürgeci bir zihniyetin iş başında olduğu izlenimi edinilmiştir (McPhail-Bell vd., 2013; Raeburn, 2007**).**

Ottawa Bildirgesinin temellerine yönelik postkolonyal eleştiri içeren McPhail-Bell ve ark.nın çalışmasında bildirgenin hazırlık sürecindeki dokümanlar ve bildirgenin kendisi incelenmiştir. Bildirgeye

esas oluşturan dokümanlar şu şekilde sıralanmıştır: 1.Margaret Stacey, Toplulukları Güçlendirmek (Strengthening Communities-İngiltere), 2. Trevor Hancock, Sağlık İçin Ortamlar Yaratmak (Creating Environments for Health-Kanada), 3. Jean-Martin Cohen-Solal, Öğrenme ve Başa Çıkma (Learning and Coping-Fransa), 4. Franca Ongaro Basaglia, Sağlık Hizmetlerini Yeniden Yönlendirmek (Reorienting Health Services-İtalya), 5. Helmut Milz, Sağlık Hizmetlerini Yeniden Yönlendirmek (Reorienting Health Services-Danimarka) 6. Nancy Milio, Sağlıklı Kamu Politikaları Oluşturmak: Yeni Bir Halk Sağlığı İçin Odak Noktası (Building Healthy Public Policies: Focus for a New Public Health-ABD) (McPhail-Bell vd., 2013). Yazarlar; dokümanların diğer sağlık modellerini ve dünya görüşlerini dışlayan, Batılı bireyci neoliberal varsayımları normalleştirme yönünde işlev gören ve özü itibarıyla örtük bir biçimde Batılı ve neoliberal olan bir sağlığı geliştirme kavramsallaştırması ortaya koyduğunu ve bunun Batılı sağlık anlayışının normalleştirilmesi olduğunu belirtirler. Sağlığı geliştirmenin bir tür dış müdahale ve soylu bir girişim olarak konumlandırılmasının bildirgenin arka plan belgelerinin tamamına işlendiğini, gelişmekte olan ülkelerin ve Yerli halkların seslerinin susturulduğunu ve bu dışlanmanın, marjinalize edilmiş ve hizmet alan konumundaki toplulukları; iradeden veya entelektüel katkıdan yoksun, muhtaç kimseler olarak yansıtan bir halk sağlığı pratiğinin süreceğinin de habercisi olduğunu bildirmişlerdir. Yazarlar, Ottawa Bildirgesinin geliştirilmesine yön veren söylemin, altta yatan güç dengesizliklerini ve Batı merkezli dünya görüşlerini maskelerken Batılı olmayan sesleri de susturduğunu savunmaktadır. Dünya genelinde toplum temelli sağlık geliştirme uygulamalarının pek çok özgürleştirici örneği olduğu da belirtilmekte, sağlığı geliştirme alanının kendi tarihini daha eleştirel bir gözle kabul etmeye hazır olması ve bunu yapmadığı takdirde bir başka yeni-sömürgeci uygulama biçimine dönüşme potansiyeli taşıdığına dikkat çekilmektedir (McPhail-Bell vd., 2013).

Bildirge bir taraftan yeni-sömürgeci varsayımları ve Batı merkezli kör noktaları nedeniyle eleştirilirken diğer taraftan küresel sağlık gündemini canlandırır ve ülkeleri harekete geçirmekte önemli bir başarı yakalar. Dünya genelinde sağlık birimlerini harekete geçirerek sağlığı geliştirme konusunu pek çok ülkenin gündemine güçlü bir şekilde taşır (Catford, 2011). Bildirge'de ortaya konulan ilkeler; Adelaide, Sundsvall, Jakarta, Meksika, Bangkok, Nairobi, Helsinki ve Şanghay'da düzenlenen uluslararası konferanslar sonucunda ortaya çıkan bir dizi belgeyle daha da geliştirilir (WHO, 1988, 1991, 1997, 2000, 2006, 2016a). Sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, sağlık için destekleyici ortamlar yaratmak, toplum eylemlerini güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek olarak özetlenebilecek 5 temel ilkesi her dönemde farklı ağırlıklar ve önem düzeyleriyle günümüze dek tartışılagelmiştir. Bu beş temel ilkenin gerçekleştirilmesi için üç ana strateji sunulmuştur: savunmak (advocate), etkin kılmak/olanak tanımak (enable) ve aracılık etmek/uzlaştırmak (mediate). Bildirge'de yer alan temel ön koşullar, eylemler ve taahhütler; sağlığın baskın tıbbileştirilmiş ve tedavi odaklı yaklaşımına meydan okuyarak, sağlığı gündelik yaşam için olumlu bir kaynak olarak konumlandırmıştır (Thomas vd., 2025). Bildirge, "insanlar ile çevreleri arasındaki kopmaz bağların, sağlığa yönelik sosyo-ekolojik bir yaklaşımın temelini oluşturduğunu" belirterek, "istikrarlı bir ekosistem ve sürdürülebilir kaynakları" sağlığın temel belirleyicileri olarak kabul eden ilk DSÖ belgesidir (Hancock, 2011).



Ottawa sonrası süreç

1980'ler sonrasında, dünyadaki hakim neoliberal rüzgarın toplum sağlığı, sağlığın sosyal belirleyicileri ve küresel eşitsizliklerin giderilmesi başlıklarını nasıl gündemde tutarken yapısal ve dönüştürücü bir eyleme alan bırakmayacak biçimde etkisizleştirdiği de görülmektedir. Bir diğer taraftan Ottawa bildirgesinin vizyonu doğrultusunda gelişmiş refah devletlerinde sağlığın geliştirilmesinin akademide ve kamusal politikalarda kurumsal bir derinlik kazandığı da görülmektedir. Ancak bu ilerleme küresel bir eşgüdümden uzaktır; aksine, dünyanın pek çok coğrafyası bu kazanımlardan yararlanamamıştır. Bunda, özellikle ekonomik olarak dışa bağımlı ülkelerin sağlık sistemlerinin kendi ulusal politikalarından ziyade, uluslararası finans çevrelerinin-özellikle Dünya Bankasının- dayattığı yapısal uyum programları ve piyasalaştırma reçeteleriyle ipotek altına alınmasının önemli bir rolü vardır. Dünya Bankası'nın yapısal uyum programları sağlığın piyasalaşmasını esas almakta, pek çok ülkenin sağlık sistemini yeniden yazarak piyasa merkezli bir dönüşümü dayatmaktadır. "İstikrar programları" sosyal ve kamu harcamalarının kesilmesi ve özelleştirme yolu ile sağlık alanı başta olmak üzere eşitsizlikleri derinleştirmektedir (Şemin & Aksakoğlu, 1998). Karmaşık ve çok kutuplu bir dünyada ekonomik krizlerin ve ekonomik eşitsizliklerin hız kazanması, Bildirgenin asli vizyonuna bağlı olanlar için son derece zor bir sınav ortaya koymaktadır (Labonté, 2016).

Bu süreçte sistem, bir yandan temel sorunları teşhis ederken diğer yandan müdahale imkanlarını budamaktadır. Uluslararası kuruluşlar ve küresel aktörler, yapısal eşitsizlikleri kabul etmekte ancak neoliberal politikaların sürdürülebilirliğini güvence altına alan araçsal bir rol üstlenmeye de devam etmektedir. Nitekim DSÖ tütün kontrolü gibi belirli teknik alanlarda görece başarı sergilerken geniş sosyoekonomik eşitsizlikleri bertaraf edecek radikal müdahalelerden kaçınmakta ve hükümetlere bütüncül müdahaleler yerine asgari maliyetli "best buys" (maliyet-etkili en iyi yatırımlar) önermektedir (WHO, 2024). Süreç, toplumsal katılımı biçimsel bir ritüele indirgemekte, destekleyici çevre arayışlarını makro politikadan kopuk yerel veya kurumsal imkanlara devretmektedir. Akademik alan ise teoriye ve mikro ölçekli saha deneyimlerine gömülürken, makro düzeyde uygulanabilir sağlığı geliştirme stratejilerini önermekte/yaratmakta pek bir rol oynayamamaktadır. Bu durum teori-pratik-politika eksenini sürekli işlevsiz bırakmıştır. Ulusal politika yapıcılar da akademinin bu dönüştürücü rolüne alan tanımaktan genellikle kaçınmış, akademinin sahayla ve politik yapıyla sahici bir bağ kurması pek de istenmemiştir. Dönemsel siyasi çıkarları önceleyen bir pragmatizmle sağlığın geliştirilmesi araçsallaştırılmıştır. Tüm bunlar gelişmekte olan pek çok ülke için sağlığın geliştirilmesini hakiki bir politikadan ziyade sembolik bir performans alanına hapsetmiştir.

Ottawa'nın beş temel stratejisinin birlikte uygulanması amaçlanmış olsa da, son 40 yıl içinde bunlardan birine diğerlerine kıyasla daha fazla ağırlık verildiği görülmüştür. Bu tercih; bildirgenin yayımlanmasından bu yana farklı ülkelerde ve farklı dönemlerde iktidara gelen siyasi partilerin ideolojilerinden ve politikalarından etkilenmiştir. Örneğin, sağ eğilimli hükümetlerin iş başında olduğu dönemlerde genellikle kişisel becerilerin geliştirilmesine; bireylerin yaşam tarzlarını değiştirmeye ve kendi sağlık durumlarının sorumluluğunu üstlenmeye teşvik edilmesine odaklanılmaktadır. Bu durum, sol eğilimli hükümetlerde daha yaygın görülen sağlıklı kamu politikaları ve toplumsal eylem vurgusuyla bir tezat oluşturmaktadır. Örneğin Birleşik Krallık'ta, 1997 yılında İşçi Partisi hükümetinin, kendisinden önceki 17 yıllık Muhafazakar Parti iktidarının yerini almasıyla birlikte sağlık geliştirme politikasında belirgin

bir değişiklik yaşanmıştır. Toplumsal düzeyde sağlık eşitsizlikleriyle mücadeleye ve "Toplumsal Sağlık Eylem Bölgeleri"nin (Community Health Action Zones) oluşturulmasına verilen önem karşısında, bireysel yaşam tarzı değişiklikleri daha düşük bir önceliğe sahip olmuştur. 2010 yılında Muhafazakar Parti hükümetinin yeniden iktidara gelmesiyle birlikte, sağlık geliştirme konusunda hükümetin ve toplumun genelinin nasıl rol oynayabileceğinden ziyade, bireysel sorumluluğa odaklanılmasına yönelik bir yaklaşım tekrar benimsenmiştir (Thompson vd., 2018).

Ottawa sonrası süreçte AB üye ülkelerinde de sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemeye yönelik finansmanın yetersiz kaldığı ve toplam sağlık bütçeleri içinde çok küçük bir paya sahip olduğu belirtilebilir. Oysa Ottawa Bildirgesinin ilkelerini başarıyla hayata geçirmek, önemli bir siyasi irade ve yeterli finansman sağlanmasını gerektirmektedir. Birleşik Krallık'ta ivme kazanan iki temel strateji "ortam temelli yaklaşım" ve sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi olmuştur (Thompson vd., 2018). Destekleyici çevreler oluşturmak yaklaşımı, sağlığı geliştirme çalışmalarının ev, iş yeri, boş zaman aktiviteleri ve sağlık hizmetleri dahil olmak üzere yaşamın her alanına entegre edilmesi gerektiği gerçeğini kabul etmiştir. Bu bütüncül sistem yaklaşımı; uluslararası düzeyde çeşitli sağlık geliştirme ortamlarının belirlenmesine ve bu alanlarda sağlığı geliştirmeye yönelik politika ve girişimlerin oluşturulmasına yol açmıştır; bunlar arasında sağlığı geliştiren hastaneler, sağlığı geliştiren okullar, sağlığı geliştiren iş yerleri, sağlıklı hapishaneler, sağlıklı şehirler, sağlıklı adalar yer almıştır (WHO, 2017). Ancak bu ortam yaklaşımları bütüncül sistem değişimleri yerine, belirli kurumsal alanlarda dar ve tekil müdahalelere yol açma, "projecilik" ve sağlığı geliştirme çalışmalarını sürdürülebilir olmayan, sistemin sınırlarında kalan ve yapısal sorunlara dokunamayan ve uzun erimde bir değişim yaratamayan geçici ritüellere indirgeme sorunu ile karşı karşıya kalmıştır. Pek çok ülke söylemde güçlü, eylemde zayıf kalmıştır. Sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesi stratejisi ise klinik ve tedavi edici hizmetlere yapılan vurgudan uzaklaşılması ve sağlık geliştirme çalışmalarına daha fazla yatırım yapması gerektiğini belirtir. Ancak dünyanın herhangi bir yerinde sağlık hizmetlerinin yeniden yönlendirilmesinin sistematik bir şekilde gerçekleştiğine dair çok az kanıt bulunmaktadır (Thompson vd., 2018).

Ottawa'yı takip eden yıllarda Ottawa'da atılan ilk adımın ardından küresel ölçekte değişen siyasi ve ekonomik koşullara (özellikle Sovyet bloğunun dağılması ve küresel kapitalizmin zafer ilan ettiği 1990'lara) uyum sağlama ve bu teorik çerçeveyi somut politika araçlarına dönüştürme çabası vardır. Adelaide Tavsiyeleri (Avustralya) (WHO, 1988) *"Sağlıklı Kamu Politikası Oluşturmak"* ilkesini somutlaştırmak için tasarlanmış ilk büyük adımdır. Sektörler arası iş birliğini kurumsallaştırmak ve sağlığın yalnızca Sağlık Bakanlığının işi olmadığı, ekonomi, çevre ve eğitim gibi diğer tüm kamu politikaları ile iç içe olması gerektiği vurgusunu ve Sağlık Etki Değerlendirmesini (SED) öne çıkarır. 2006 yılında Finlandiya'nın Avrupa Birliği Başkanlığı döneminde *Health in All Policies* (Tüm Politikalarda Sağlık) olarak öne çıkarılacak yaklaşımın özü, felsefesi ve pratik temellerinin 1988'deki Adelaide Konferansı'nda atıldığı söylenebilir. Yine Adelaid'de 2010'da düzenlenecek Health in All Policies başlıklı Uluslararası Toplantı ile *Adelaide Statement on Health in All Policies* dokümanı bunu ete kemiğe büründürecektir (WHO & Government of South Australia, 2010). Sundsvall Bildirgesi (İsveç-1991) (WHO, 1991) ile sağlıkta hakkaniyet boyutu ve sağlığı destekleyen ortamların oluşumunda sağlığın daha geniş kapsamlı belirleyicilerine yönelik yaklaşım ön plana çıkar. İsveç'teki sosyal belirleyicilere dayalı Ulusal Halk Sağlığı Stratejisi (2003) ve yeni bir Halk Sağlığı Enstitüsü modeli çalışmalarına bu bildirge ilham kaynağı olur. Jakarta'daki (Endonezya-1997) 4. konferans



(WHO, 1997), Berlin Duvarı'nın yıkıldığı, Sovyetler Birliği'nin dağıldığı ve kapitalizmin egemen sistem haline geldiği değişmiş bir dünyada yayımlanır. Küresel olarak yeni aktörlerin oyuna dahil edilmesi gerekliliğine odaklanır. Gelişmekte olan bir ülkede yapılan ilk toplantıdır ama özel sektörün de aktif olarak katıldığı bir ilktir. Sağlığı geliştirme alanında kanıtların sunulması süreci devreye girer (Catford, 2007).

Mexico City (Meksika-2000) toplantısının gündeminde ülke içi ve ülkelerarası eşitsizlikler vardır. Bakanlar düzeyindeki toplantıda ülkeler eylem planı oluşturma ve bunları çeşitli ölçütlerle izleme taahhüdünü verir (Catford, 2007; WHO, 2000). Bangkok'taki (Tayland-2005) konferansta artık "*sağlık dostu bir küreselleşme*"nin formülü aranmakta, paydaşlar ve sürdürülebilirlik konuşulmaktadır. 1986 sonrası konferanslarda *öneriler*, *deklarasyon* ya da *açıklama* olarak adlandırılan sonuç dokümanları bu toplantıda ilk kez Bildirge/Şart (*Bangkok Bildirgesi*) olarak adlandırılır ve bu tanım onu diğerlerinden daha güçlü bir dönüm noktasına konumlandırır (Porter, 2007; WHO, 2006). Küresel ve yerel politikalar, iş birlikleri, finansman ve ticari gereklilikler ele alınır. *Küreselleşen Dünyada Sağlığın Geliştirilmesi* adı ile yayınlanan Bangkok bildirgesi özel sektörü bir "paydaş ve sorumlu aktör" olarak konumlandırması ile halk sağlığı çevrelerinde büyük eleştiri alır. Özel sektörün halk sağlığı politikalarını belirleyen masada "eşit bir paydaş" olarak oturması, devletlerin düzenleyici ve kamusal yükümlülüklerinden uzaklaşıp piyasa temelli kamu-özel ortaklıklarına yönelmesine, şirketlerin halk sağlığı politikalarını kendi ticari çıkarlarına göre lobilemesine ve yönlendirmesine kapı aralamaktadır. Bildirgenin tütün veya zararlı gıda endüstrisi gibi halk sağlığı tehditlerine "çekingen ve zayıf" bir metin sunması da bunun örneğidir. Ottawa Bildirgesinin toplumsal adalet, bireysel ihtiyaçlar ve ekolojik bütünlük vurgusunun Bangkok Bildirgesi'nde yerini küresel piyasa odaklı bir dile bıraktığı görülür. Bildirgenin dilinde "kimin sorumlu olduğunun" azaltılıp edilgen yapıların kullanılmasının, küresel kapitalizmin ve eşitsizlikleri üreten mekanizmaların üzerini örttüğü düşünülür. Ottawa'nın ekososyal adalet eksenli "yeni toplumsal hareketler" söyleminden, Bangkok'un hukuk ve ekonomi temelli "yeni kapitalizm" diline geçiş yapılmıştır (Porter, 2007). Nairobi'de (Kenya-2009) düzenlenen 7. Küresel Sağlığı Geliştirme Konferansı ve Nairobi Eylem Çağrısı, Afrika kıtasında gerçekleşen ilk toplantı olarak "sağlığı geliştirme alanındaki uygulama açığını" kapatmaya odaklanır. Konferans, verilen taahhütler ile saha uygulamaları arasındaki uçuruma dikkat çekse de, finansman yetersizliği ve zayıf kurumsal altyapılar nedeniyle küresel ölçekte somut bir politika dönüşümü yaratmakta sınırlı kalır. Konferans çıktılarını eleştiren yazarlar, kıtadaki sağlığı geliştirme çabalarının Kuzey'in iyi niyetli ancak tepeden inme "yardımları" veya Batılı bireyci modelleri dayatan yaklaşımlarıyla çözülemeyeceğini belirtir. Sağlığı geliştirme söyleminin Avrupa merkezli kökenlerinin ve sömürgeci mirasının sorgulanması gerektiği ve kıtadaki kronik sorunların ancak yerel toplulukçu dinamikleri merkeze alan özyeterliliğe dayalı politikalarla aşılabileceği vurgulanır (Dixey, 2014). Helsinki'de (Finlandiya-2013) gerçekleştirilen 8. Konferans ve Helsinki Deklarasyonu ise, temelleri Adelaide'de atılan "Tüm Politikalarda Sağlık" (Health in All Policies-HiAP) yaklaşımını küresel gündemin odağına yerleştirir. Ancak Helsinki Bildirgesi ile küresel düzeyde ortak bir çerçeve kazanan HiAP yaklaşımı, Ottawa'nın sosyal adalet temelli köklerinden uzaklaştırılır. Süreçte neoliberal ekonomik rasyonaliteye karşı direnemeyen HiAP yaklaşımı, teknik ve bürokratik bir araca indirgenir; piyasa dostu ve bireysel davranış odaklı politikalarla sulandırılır (Godziewski, 2022).

Avrupa ve Avusturya Halk Sağlığı Derneklerinin ortak düzenlediği Avrupa Halk Sağlığı Konfe-

ransı'nda (2016) kabul edilen Viyana Bildirgesi, 1986'dan bu yana meydana gelen değişimleri dikkate alarak sağlık için gerekli ön koşulları genişletir: yüksek nitelikli bilgi sistemleri; sağlık savunuculuğu; politikaların sağlık üzerindeki etkilerinin görünür kılınması; ve motive olmuş, yüksek nitelikli bir iş gücünün oluşturulması (Thompson vd., 2018). Odak noktası daha çok Avrupa ve halk sağlığı profesyonellerinin rolü üzerinedir. Sistemin yarattığı yapısal eşitsizlikleri kökten sorgulamaktan ziyade, sistemi daha "verimli" ve "akılcı" yönetmeye odaklanan teknokratik bir dil üretir. Sağlığın finansallaşması karşısında doğrudan bir politik cephe açmaz; daha çok kurumsal kapasiteyi ve mesleki organizasyonu güçlendirmeyi önceler (Włodarczyk & Zabdyr-Jamróz, 2018). Aynı yıl DSÖ de 9. Dünya Sağlık Geliştirme Konferansı'nı Şanghay'da (Çin-2016) gerçekleştirir ve BM'nin Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile entegrasyon, iyi yönetişim ve sağlık okuryazarlığı gündemin ana maddeleri olur. Sağlıklı kentler vizyonu da bu toplantının önemli bir diğer çıktısıdır (*Shanghai Consensus on Healthy Cities*) (WHO, 2016b, 2017). Çin'deki bu toplantının sonucundaki Şanghay Deklarasyonunda klasik komünist ya da anti-kapitalist bir perspektifin esintisinin bile bulunmaması, tam aksine metnin küresel neoliberal kalkınma söylemiyle tam bir uyum içinde olması Çin'in küresel sermaye piyasalarıyla entegre olma vizyonunu da tescillemiştir. En son Sağlığı Geliştirme Konferansı Cenevre'de (İsviçre-2021) gerçekleşmiş ve Cenevre Refah Bildirgesi/Şartı'nı (WHO, 2021) ortaya koymuştur. Bildirgede artan küresel krizler karşısında insan ve gezegen sağlığını merkeze alan, kalkınma hedeflerini somut eyleme dönüştüren bütünleştirici bir vizyon ile "refah toplumu"nun ancak "insanların, toplulukların, sektörlerin ve her düzeydeki hükümetin" anlamlı katılımıyla elde edilebileceği bildirilmektedir. (Ben Abdelaziz vd., 2023)

Bu zirvelerde varılan mutabakatların ve metinlerin piyasa yanlısı aktörler tarafından etkisizleştirildiği, bürokratikleştirildiği ve radikal özünden koparıldığı görülmektedir. Bu aktörler, dokümanların inşası aşamasında da söylemi biçimlendirmişlerdir. Bu metinler pasif birer uzlaşı belgesi olmanın ötesinde, bireyleri kendi sağlığından sorumlu "yeni müşteri-öznelere" dönüştürerek neoliberal politikaların nüfuz etmesini ve piyasa için yeni müdahale alanları açılmasını aktif biçimde kolaylaştıran kurucu araçlar haline gelmiştir. Böylelikle bu bildirgeler yapısal eşitsizlikleri sorgulayan radikal birer dönüşüm çağrısı olmaktan çıkarılmıştır (Godziewski, 2022).

Tüm uluslararası ve küresel sağlık geliştirme konferanslarının ortak düzenleyicisi olan DSÖ'nün, sağlık geliştirme kavramını ve uygulamasını geliştirip ilerletme konusunda da öncü rolü üstlenmesi gerektiği düşünülebilir; ancak bugüne kadar durum böyle olamamıştır. Nitekim 2021 bütçesinin %88'lik kısmının yüksek gelir grubu ülkeler ile bu ülkelerde konuşlanan sermaye aktörlerinin sağladığı şartlı gönüllü katkılara dayanması, örgütün bünyesindeki yapısal finansman kusurunu ve sermayeye olan bağımlılığını somut bir biçimde ortaya koymaktadır Burada sermayenin hangi programların ve spesifik projelerin fonlanacağını doğrudan belirlediği bu şartlı mekanizma (earmarking) sistemi, sağlığın sosyal belirleyicilerini hedefleyen yapısal ve politik reformların önünü kesmekte; örgütün eylemliliğini sermayenin çıkarlarıyla çatışmayan dar, teknik ve dikey müdahalelerle sınırlandırmaktadır. Bu durum, sorunun yalnızca mali bir yetersizlik olmadığını, aksine bağışçıların fonları hangi siyasi ve kurumsal önceliklerle ipotek altına aldığının kökten deşifre edilmesi gereken politik bir kriz olduğunu göstermektedir Nitekim Iwunna ve ark., sorunun çözümünün periyodik olarak daha fazla zorunlu aidat talebinde bulunmaktan ya da yalnızca idari şeffaflık arayışlarından ziyade, bu eşitsiz güç ilişkilerini ve donör motivasyonlarını besleyen yapısal dinamiklerin sorgulanmasından geçtiğini savunmaktadır



(Iwunna vd., 2023). Bununla birlikte; Sağlıklı Şehirler, Bölgeler, Adalar, Okullar, Hapishaneler, Üniversiteler ve Sağlığı Geliştiren Hastaneler gibi ağlara ait başarılı kavramlar ve oluşumlar, başlangıçta ve zaman zaman DSÖ'den güçlü ve kritik düzeyde destek görmüştür. DSÖ'nün "Sağlıklı Şehirler" projesi, ülkeler içinde ve ülkeler arasında sürdürülebilir eylem ağlarının oluşturulmasını sağlamış; bu ağlar bilgi paylaşımına katkıda bulunurken, vatandaşları ve toplulukları sağlık odaklı ortaklıklara dahil etmiştir. Önemli yapısal ve siyasi zorluklara rağmen, güçlü gençlik iklim hareketi, Bildirgenin toplumsal eylemi ve katılımı güçlendirme vizyonunu somutlaştırmaktadır; zira dünyanın dört bir yanındaki gençler, iklim adaleti talebiyle kendi topluluklarında, küresel sahnede ve sosyal medya platformlarında harekete geçmektedir. Ayrıca Bildirge'nin benimsediği sosyo-ekolojik bakış açısı, insan, hayvan ve çevre sağlığını birbirine bağlayan "Tek Sağlık" (One Health) yaklaşımının da temelini oluşturmaktadır (Thomas vd., 2025). Ne var ki bu ağlar, daha geniş kapsamlı sağlığı geliştirme yaklaşımını küresel ve ulusal düzeylerde ileriye taşımak için yeterli olmamıştır. Uluslararası ve küresel konferansların hazırlık sürecinde büyük bir seferberliğe ve bir ivme kazanılmasına tanık olunsa da ne yazık ki bunu bir sönümlenme ve üzerinde mutabık kalınan konferans kararlarının DSÖ'ye düşen kısmını hayata geçirmeye yönelik somut bir eylemin gerçekleşmemesi izlemiştir.

Değişen dünyada Ottawa Bildirgesi

Ottawa bildirgesi, sağlığı biyolojik bir durumdan öte, barınma, eğitim, sosyal adalet ve çevre gibi yapısal unsurlarla ilişkilendiren bütüncül bakışı ile bugün yeniden tırmanışa geçen ya da belki tahtından hiç inmemiş olan biyomedikal indirgemeciliğe karşıt bir hamle olarak ortaya konmuştur. Küresel düzeyde derinleşen gelir adaletsizlikleri, iklim krizleri, savaşlar ve göç dalgaları, sağlığın sosyal belirleyicilerini bugün her zamankinden daha da önemli hale getirmiştir. Ottawa'nın barış, sosyal adalet ve sağlıkta hakkaniyet vurgusu ve dezavantajlı gruplar arasındaki uçurumu kapatma hedefi, günümüzün krizler çağında halk sağlığı politikalarına rehberlik edecek temel pusulalardır. Neoliberal politikalar uzun zamandır sağlığı koruma sorumluluğunu büyük ölçüde bireylerin "yaşam tarzı seçimlerine" indirgeyerek yapısal ve politik eşitsizlikleri maskelemektedir. Ottawa Bildirgesi ise sağlıklı yaşamı bireysel bir irade meselesi değil, destekleyici çevreler yaratma, toplumsal katılımı sağlama ve kamu politikalarını sağlığı gözetecek şekilde yeniden düzenleme sorumluluğu olarak tanımlamıştır; bu yönüyle bugünün bireyselleştirici yaklaşımlarına karşı yapısal bir eleştiri ve eylem çağrısı niteliğindedir. Ancak neoliberal rasyonalite yalnızca ekonomik ve kurumsal yapıları dönüştürmekle kalmamış; toplumsal algıyı, rızayı ve bireysel davranışları biçimlendiren araçları da kökten değişime uğratmıştır. Sağlık sistemlerinin temel araçları ve hedefleri de bu neoliberal dönüşümden muaf kalmamıştır. Toplumun sağlığını ve sosyal belirleyicileri iyileştirmeyi hedefleyen kamucu bir anlayıştan, maliyet kontrolünü, bireysel risk yönetimini ve pazar odaklı verimliliği merkeze alan bir yapıya kaymıştır. Birey kamusal bir hak sahibi olmaktan çıkarılarak kendi sağlığından sorumlu bir "yöneticiye" dönüşmüştür. Bu yeni rolde en kritik araçlardan biri de değişen bilgi ortamı olmuştur.

Geçen kırk yılda değişen unsurların başında bilgi ortamı gelmektedir. Bilgi ortamı halk sağlığının merkezinde yer alan bir unsurdur. Bu ortam; bireyleri, kurumları, teknolojileri ve bunların etkileşimlerini kapsayan; insanların anlam oluşturma, paylaşma ve anlamla etkileşime girme biçimlerini

şekillendiren tüm bilgi, aktör ve süreçlerin oluşturduğu dinamik bir sistemdir. Eskiden gazete, radyo ve televizyon aracılığıyla yürütülen tek yönlü iletişimin ve sağlık mesajlarının temel taşıyıcıları olan sağlık profesyonellerinin hakimiyetinde olan bu yapı; günümüzde arama motorları, sosyal medya, giyilebilir teknolojiler ve yapay zeka asistanları aracılığıyla anlık, etkileşimli ve algoritmik olarak derlenen bir nitelik kazanmıştır. Bilgi ortamı artık yalnızca mesaj iletmekle kalmayıp; görüşlerin, kararların, değerlerin ve sağlık davranışlarının şekillenmesinde rol oynamakta, hangi mesajların görüleceğini, hangilerine güvenileceğini ve hangileri doğrultusunda harekete geçileceğini de belirlemektedir (Purnat vd., 2025)

1986 yılında Ottawa Bildirgesi, hükümetleri sağlığı tüm politika alanlarına entegre etmeye çağırmıştı. 2026 yılına gelindiğinde ise bu gereklilik; algoritmaları, veri yönetişimini ve platformların hesap verebilirliğini de kapsayacak şekilde genişlemek zorundadır. Hükümetler; ticari aktörlerden şeffaflık talep ederken, sağlık odaklı giyilebilir cihazlardan ve uygulamalardan elde edilen verilerin kullanımını, algoritmik sağlık reklamcılığını ve bağımlılık yapıcı tasarım özelliklerini düzenlemeyi değerlendirmelidir. Destekleyici ortamlar geçmişte güvenli okullar, sağlıklı iş yerleri ve temiz mahalleler anlamına geliyordu; bugün ise bu kavram, güvenli bilgi ekosistemlerini de kapsamalıdır. Sağlığın sosyal ve ticari belirleyicilerini gözeten destekleyici bir bilgi ortamı; güvenilir sağlık kaynaklarının sesini yükseltir, manipülatif tasarımları azaltır ve istismarcı pazarlama uygulamalarını dizginleyerek bilgi alışverişinde hakkaniyeti artırır. Bunu başarmak; algoritmaların sağlık çıktıları gözetilerek yeniden tasarlanmasını, gelir elde etme odaklı olmayan altyapıların oluşturulmasını ve hassas grupların korunmasını gerektirir. Tütün kullanımını kısıtlayan yasaların kamusal alanları yeniden şekillendirmesi gibi, dijital alanlar da artık sağlık odaklı bir yaklaşımla yeniden tasarlanmalıdır. Ottawa Bildirgesi'nin 40. yılında sağlığı geliştirme çalışmaları, bilgi ortamını bir sağlık belirleyicisi olarak kabul etmeli ve çerçevelerini 2025 yılının gerçeklerine göre uyarlamalıdır (Purnat vd., 2025).

Öte yandan, ABD'nin 2026'da DSÖ'den çekilmesiyle kurumun derinleşen bütçe sorunu, zaten son 30 yıldır özel vakıfların ve bağışçıların güdümünde olan gündemini, daha da bu yapılara mahkum etme potansiyeli taşımaktadır. O nedenle, DSÖ'nün "sağlığı geliştirme" alanındaki önderliği Big Tech ve HealthTech'in daha fazla güdümüne girme tehdidiyle karşı karşıyadır.

Bugün DSÖ, küresel sağlık söyleminde piyasa merkezli tehditleri ve sistemik krizleri işaret eden eleştirel bir retoriği sürdürmektedir; ancak bu durum, kurumun yapısal dönüşümleri tıkayan işlevini ortadan kaldırmamaktadır. Bildirge'nin evrensel ve hak temelli vizyonu günümüzde insan hakları, sosyal adalet, Her Politikada Sağlık yaklaşımları ve DSÖ'nün 2025–2028 On Dördüncü Genel Çalışma Programı ile canlı tutulmaya çalışılsa da, karşılaşılan güncel krizler kırk yıl önceki kör noktaları daha da derinleştirmektedir. Ticari aktörlerin kar odaklı taktiklerini, bilgi kirliliğini ve gezegensel yıkımı çağın en büyük tehditleri olarak adlandırsa da; DSÖ'nün yapısal eşitsizlikleri besleyen neoliberal statükoya köklü bir alternatif sunmaktan kaçınması, kurumun söylemi ile eylemi arasındaki temel çelişkiyi gözler önüne sermektedir (Thomas vd., 2025).



Sonuç

Ottawa Bildirgesi, ilanından bu yana geçen kırk yıl boyunca halk sağlığı düşüncesine yön veren önemli dönüm noktalarından biri olmuş; sağlığı biyolojik bir indirgemecilikten kurtararak onu toplumsal, politik ve ekolojik bağlamına oturtmuştur. Ancak aradan geçen sürede küresel kapitalizmin derinleşmesi, devletin sağlık hizmetlerindeki kamucu ve düzenleyici görevlerinin neoliberal politikalarla sistematik olarak zayıflatılması ve sorumluluğun bireylere yıkılması ve DSÖ'nün yapısal kısıtlarıyla özel aktörlerin güdümüne girmesi, bu radikal vizyonun pratik hayatta budanmasına yol açmıştır. Bugün iklim krizlerinden eşitsizliklere, dijital gözetim ağlarından ticari belirleyicilere kadar çok daha karmaşık bir "çoklu kriz" çağında yaşarken, Ottawa'nın 40. yılı yalnızca tarihsel bir anmayı değil; sağlığı piyasanın ve teknolojinin tahakkümünden kurtaracak yeni bir ekososyal ve kamucu paradigmanın acilen inşa edilmesini zorunlu kılmaktadır.

Kaynaklar

Baum, F. (2008). *The new public health* (3rd ed.). Oxford University Press.

Baum, F., & Sanders, D. (1995). Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to their more radical agenda? *Health Promotion International, 10*(2), 149–160. https://doi.org/10.1093/heapro/10.2.149

Ben Abdelaziz, F., Williams, C., Anwar, Y. J., Lin, V., & Krech, R. (2023). Creating 'wellbeing societies': Moving from rhetoric to action. *Public Health Research & Practice, 33*(2), Article e3322310. https://doi.org/10.17061/phrp3322310

Birn, A.-E., & Krementsov, N. (2018). 'Socialising' primary care? The Soviet Union, WHO and the 1978 Alma-Ata Conference. *BMJ Global Health, 3*(Suppl. 3), Article e000992. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000992

Breton, É. (2016). La Charte d'Ottawa: 30 ans sans plan d'action? [The Ottawa Charter: 30 years without an action plan?]. *Santé Publique, 28*(6), 721–727.

Catford, J. (2007). Ottawa 1986: The fulcrum of global health development. *Promotion & Education, 14*(Suppl. 2), 6–7. https://doi.org/10.1177/10253823070140020201x

Catford, J. (2011). Ottawa 1986: Back to the future. *Health Promotion International, 26*(Suppl. 2), ii163–ii167. https://academic.oup.com/heapro/article/26/suppl_2/ii163/585303

Cueto, M. (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health, 94*(11), 1864–1874.

Dixey, R. (2014). After Nairobi: Can the international community help to develop health promotion in Africa? *Health Promotion International, 29*(1), 185–194.

Foth, T., & Holmes, D. (2018). Governing through lifestyle—Lalonde and the biopolitical management of public health in Canada. *Nursing Philosophy, 19*(4), Article e12222.

Godziewski, C. (2022). *The politics of health promotion in the European Union*. Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-030-97870-9

Hancock, T. (2011). The Ottawa Charter at 25. *Canadian Journal of Public Health, 102*(6), 404–406.

Iwunna, O., Kennedy, J., & Harmer, A. (2023). Flexibly funding WHO? An analysis of its donors'

voluntary contributions. *BMJ Global Health, 8*(4), Article e011232. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-011232

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Department of National Health and Welfare. https://www.publications.gc.ca/site/eng/9.692294/publication.html

Labonté, R. (2016). Health promotion in an age of normative equity and rampant inequality. *International Journal of Health Policy and Management, 5*(12), 675–682. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.95

McPhail-Bell, K., Fredericks, B., & Brough, M. (2013). Beyond the accolades: A postcolonial critique of the foundations of the Ottawa Charter. *Global Health Promotion, 20*(2), 22–29.

Porter, C. (2007). Ottawa to Bangkok: Changing health promotion discourse. *Health Promotion International, 22*(1), 72–79. https://academic.oup.com/heapro/article/22/1/72/627546

Purnat, T. D., Wilhelm, E., White, B. K., Okan, O., Rosario, R., & Scales, D. (2025). Health promotion in the algorithmic age: Recognizing the information environment as a determinant of health. *Health Promotion International, 40*(5), Article daaf166.

Raeburn, J. (2007). Ottawa Charter: Reflections from down under. *Promotion & Education, 14*(Suppl. 2), 10. https://doi.org/10.1177/10253823070140020401x

Şemin, S., & Aksakoğlu, G. (1998). Dünya Bankası ve sağlık: Gerçekleri görmek bu kadar zor mu? *Toplum ve Hekim, 13*(6), 416–418.

Thomas, S. L., Kickbusch, I., Kökény, M., & Okan, O. (2025). 40 years of the Ottawa Charter for health promotion—Reaffirming health for all. *Health Promotion International, 40*(4), Article daaf143.

Thompson, S. R., Watson, M. C., & Tilford, S. (2018). The Ottawa Charter 30 years on: Still an important standard for health promotion. *International Journal of Health Promotion and Education, 56*(2), 73–84. https://doi.org/10.1080/14635240.2017.1415765

Venediktov, D. (1998). Primary health care: Alma Ata and after. *World Health Forum, 19*(1), 79–86.

Włodarczyk, W. C., & Zabdyr-Jamróz, M. (2018). From Ottawa to Vienna. Health promotion–post-truth contexts and times. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 16*(2), 69–78.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference

World Health Organization. (1988). *Adelaide recommendations on healthy public policy*.

World Health Organization. (1991). *Sundsvall statement on supportive environments for health*.

World Health Organization. (1997). *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*.

World Health Organization. (2000). *Mexico ministerial statement for the promotion of health: From ideas to action*. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fifth-global-conference/mexico-ministerial-statement

World Health Organization. (2005, July 14). *Global health promotion scaling up for 2015: A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015* [Working paper for the 6th Global Conference on Health Promotion]. https://archives.sochara.org/s/communityhealth/item/2876

World Health Organization. (2006). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized



World. *Health Promotion International, 21*(Suppl. 1), 10–14. https://doi.org/10.1093/heapro/dal046

World Health Organization & Government of South Australia. (2010). *Adelaide statement on health in all policies: Moving towards a shared governance for health and well-being*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44365/9789241599726_eng.pdf

World Health Organization. (2016a). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-%28ihs%29/tci/shanghai-declaration.pdf

World Health Organization. (2016b). *Shanghai Consensus on Healthy Cities*. https://www.who.int/docs/default-source/health-promotion/9gchp-mayors-consensus-healthy-cities.pdf

World Health Organization. (2017). *Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global Conference for Health Promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: All for health, health for all* (WHO/NMH/PND/17.5). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf

World Health Organization. (2021). *The Geneva Charter for Well-being*. https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being/

World Health Organization. (2024). *Tackling NCDs: Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases* (2nd ed.). https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078

Wright, D. (2025). The Lalonde Report in historical perspective. *Canadian Journal of Public Health, 116*(Suppl. 1), 1–7. https://doi.org/10.17269/s41997-025-01032-6